Przyczynek do chirurgii żołądka.

Gastroenterostomia wykonana szwem płytkowym Senna za pomocą płytek z brukwi własnego pomysłu. — Wyleczenie.

Napisał

Dr. Roman Barącz (we Lwowie).

Nie możemy zaprzeczyć, że Senn przez wprowadzenie szwu płytkowego do chirurgii żołądka i jelit zmienił niektóre operacyje żołądkowo-jelitowe na bardzo proste. Jednak musimy przyznać, że sporządzenie płytek Senna z kości wymaga zbyt wiele czasu (od 4—5 tygodni), co też przeszkodziło rozpowszechnieniu jego metody. Argumenta Dra Chaput [1]) w jego najnowszem dziele z zakresu chirurgii żołądkowo-jelitowéj, że szew płytkowy stanowczo należałoby porzucić, są zupełnie niesłuszne, również twierdzenie Reichela [2]) i Salzera [3]), gdyż doświadczenie kliniczne wykazuje, że śmiertelność po gastroenterostomii po wprowadzeniu ogólnem w Anglii i Ameryce metody Senna znacznie się zmniejszyła i spadła z 47% a wzgl. 42% do 24·5% [4]).

[1]) Chaput: *Technique et indications des operations sur l'intestin, l'estomac et les voies biliaires*. Paris 1892. Str. 62 i 63, — [2]) Reichel. *Münchener med. Wochenschrift* 1890, Nr. 11. — [3]) Salzer. *Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gessellschaft für Chirurgie, XX Congress. Beilage zum Centralblatte für Chirurgie* 1891, Nr. 26. str. 120. — [4]) Podług mego własnego obliczenia.

Wyższość metody **Senna** w gastroenterostomii nad dawnym sposobem wykonania jest więc jasna.

Na podstawie moich doświadczeń na zwierzętach wykazałem, że **brukiew surowa** (po łać. *Brassica Napus, variet. rapifera, typ. Cruciferae*, po niem. *Kohlrübe, Erdkohlrabi, Wrucken*) jest dobrym, łatwo nabyć się dającym materyjałem, z którego można wyciąć w przeciągu minuty odpowiednie płytki, zupełnie podobne do płytek **Senna** i że płytków tych bez szkodliwych następstw użyć można przy wykonaniu każdéj enteroanastomozy.

Ponieważ i na człowieku zastosowałem je z wielką korzyścią, niechaj mi wolno będzie podać do wiadomości odnośny przypadek. Jestto pierwszy przypadek gastroenterostomii wykonanéj zapomocą szwu płytkowego **Senna** na człowieku. Przypadek był pokrótce następujący:

Jan Lewicki, architekt z Tarnopola liczący lat 60, poprzednio zupełnie zdrów, zaczął doznawać od 8 miesięcy dolegliwości żołądkowych: nudności, wymioty często fusowate występujące zazwyczaj w pół godziny po jedzeniu i zaparcie stolca. Prawie w tym samym czasie zauważył chory guz w brzuchu w okolicy pępka. Stolce bywają ciemno zabarwione. Badanie w dniu przyjęcia chorego wykazało: mężczyzna dość dobrze zbudowany, bardzo źle odżywiony, bardzo niedokrewny, o ziemistéj cerze twarzy. Brzuch zapadły, w okolicy żołądka jednak wzdęty. W okolicy pępka widzieć można w położeniu leżącem chorego guz wystający. Przy palpacyi znaleziono w brzuchu, w okolicy pępka guz wielkości jaja gęsiego, nierówny, bardzo twardy, jednak ruchomy we wszystkich kierunkach. Guz ten leży na poprzek w brzuchu tj. jest równoległy do osi żołądka. Gruczoły pachwinowe, nadobojczykowe, ani też kreskowe nie są powiększone. Arytmia serca, bez zmian w przyrządzie zastawkowym. Inne narządy prawidłowe.

W przededniu operacyi podano choremu olej rącznikowy, zaś w dniu operacyi wypłukano żołądek ciepłym roztworem kwasu borowego. Do operacyi przystąpiłem [1]) dnia 7 maja 1892 przy łaskawym udziale prymaryjusza oddziału Dra p. **Ziembickiego** i łaskawéj pomocy Drów: Mukowicza, Sobolewskiego, Uricha, Papéego i Riwczesa. Cię-

[1]) Oddział chirurgiczny szpitala powszechnego we Lwowie.

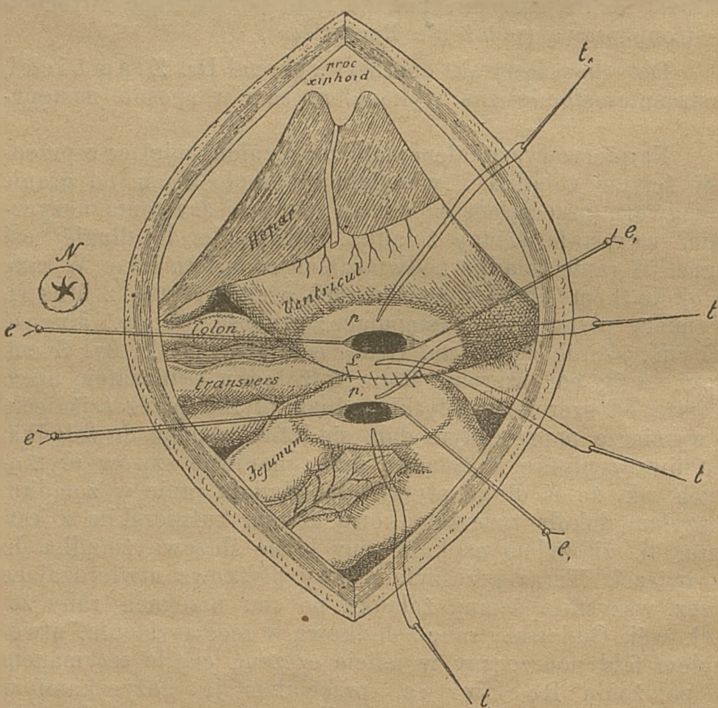
cie brzuszne, 12 cm. długie, poprowadzono w linii białéj, rozpoczynając je na kilka centymetrów powyżéj pępka, a kończąc na kilka palców poniżéj tegoż. Po wprowadzeniu ręki do jamy brzusznéj przekonano się, że nowotwór jakkolwiek ruchomy zajmował okolicę odźwiernika i przechodził na znaczniejszéj przestrzeni na tylną ścianę żołądka. Guz znaleziono bardzo twardy, prawie wielkości pięści dorosłego mężczyzny. W obec tak znacznego guza i wobec znacznego osłabienia chorego przystąpiono do gastroenterostomii. Sieć wielką i okrężnicę poprzeczną stosunkowo wąską podniesiono, napięto śródjelicie poprzeczne, z wielką łatwością wyszukano fałd dwunastnicowo-jelitowy i dwunastnicę. Pętlę na jakie 50 cm. poniżéj tegoż miejsca położoną wybrano do anastomozy z żołądkiem. Jelito skręcono tak, że ramię odwodzące zwrócono w stronę prawą (położenie Rockwitza).

Dotychczasowy akt operacyi wykonał Dr. Ziembicki, gastroenterostomię zaś wykonałem sam w sposób następujący.

Najpierw wyszukałem mało unaczynione miejsce w przedniéj ścianie żołądka i w odległości około 5 cm. od granic nowotworu przeciąłem pomiędzy palcami asystenta nożyczkami wszystkie ściany żołądka rownolegle do długiéj osi tegoż. W ranie żołądka podwiązałem jedną tętniczkę. W ranę tę około 3 cm. długą wprowadziłem wielką płytkę z brukwi. Wymiary płytki były następujące: grubość 0·5 cm., długość 7·5 cm., szerokość 3·5 cm. Otwór centralny płytki był 3 cm. długi, a $^3/_4$ cm. szeroki. Rana w żołądku była zatem nieco krótszą od szerokości płytki, jednak płytka przez ściśnięcie w wymiarze poprzecznym dała się łatwo wsunąć do żołądka. Ustaliwszy płytkę w żołądku przez napięcie szwów płytkowych tak, że oś długa płytki odpowiadała ranie w żołądku, obszyłem dokoła ranę żołądkową szwem kuśnierskim z katgutu, tj. zbliżyłem naokoło rany błonę śluzową żołądka do surowiczéj. Teraz przeszyłem szwy płytkowe utwierdzające przez wszystkie ściany żołądka po obu brzegach rany żołądkowéj. Oddawszy ranę żołądkową w ręce asystenta, utworzyłem fałd poprzeczny w jelicie czczem, ciągle trzymanem w położeniu Rockwitza, przeciąłem je nożyczkami w długości 3 cm. w kierunku podłużnym, wprowadziłem do jelita i ustaliłem drugą zupełnie taką samą płytkę. Uskuteczniwszy skaryfikacyję błon surowiczych obu narządów ostrzem skalpela, założyłem rzadki szew kuśnierski na błonach surowiczych na wewnętrznych brzegach (do siebie zwróconych) płytek, następnie asystent zbliżał obie płytki

do siebie, a ja związałem najpierw wewnętrzne (do siebie zwrócone) szwy płytkowe ustalające. Przy wiązaniu ostatniéj pary szwów wsunąłem zgłębnikiem do środka błony susowicze. Wszystkie końce szwów płytkowych ucięto krótko i wsunięto pomiędzy błony surowicze. Wreszcie po związaniu wszystkich nitek płytkowych założono rzadki szew kuśnierski na błonach surowiczych na przednich brzegach płytek; zbliżono zatem w ten sposób dokładnie błony surowicze. Po oczyszczeniu miejsca anastomozy reponowano je i zaszyto powłoki brzaszne szwem głębokim wałeczkowym i szwem kuśnierskim.

Fig. I.



Cała operacyja trwała zaledwo 3 kwandranse. Po operacyi lekki zapad; wstrzyknięto podskórnie eter i podano tra opii, lewatywy odżywcze z wina, mleka, rosołu, cognacu 3 razy dziennie przez 5 dni. Dla zaspokojenia pragnienia podawano kawałeczki lodu.

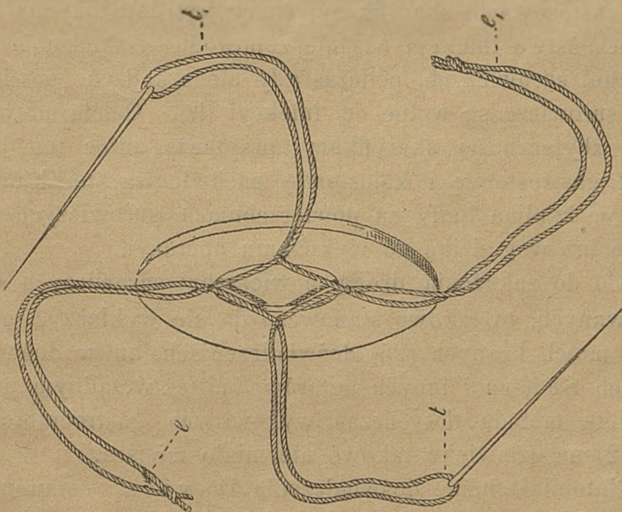
Przebieg zupełnie prawidłowy, bezgorączkowy; ciepłota nie podniosła się ani razu ponad 37·5. Wymioty zupełnie ustały. Pierwsze wypróżnienia drugiego dnia po operacyi,

Od 9/V podawano choremu płynne, póżniéj napółpłynne. a od 11/V stałe pokarmy. Szwy głębokie usunięto 13/V a powierzchowne d. 20/V.

Dnia 13/V tj. w 6 dni po operacyi znaleziono w rzadkim stolcu kilka kawałków niezupełnie strawionéj brukwi.

Dnia 14/V znaleziono w stolcu większy kawałek niestrawionéj płytki (prawie ½ płytki). Kawałki te były zupełnie miękkie, do ugotowanéj marchwi podobne.

Fig. II.



W przypadku powyżéj opisanym odstąpiłem pod dwoma względami od przepisów podanych przez Senna; skaryfikowałem powierzchnie surowicze skalpelem, a nie igłą odrażoną, jak Senn poleca, i użyłem płytek z brukwi zamiast płytek z kości odwapnionéj.

Uskutecznienie skaryfikacyi powierzchni surowiczych skalpelem polecam dlatego, ponieważ przy moich doświadczalnych gastroenterostomiach i ileostomiach zrosty błon surowiczych, po użyciu skalpela do skaryfikacyi, były nadzwy-

czaj silne. Nadto doświadczenia J. D. S. Davisa [1]) wykazały, że zrosty błon surowiczych po wykonaniu skaryfikacyi powierzchni tychże igłą aseptyczną nie są tak silne, jak po wykonaniu skaryfikacyi nożem aseptycznym albo łyżeczką ostrą.

Zupełnie nie zgadzam się ze zdaniem Josseta [2]), który twierdzi, że skaryfikacyje powierzchni błon surowiczych w zakresie płytek są zbyteczne i mogą być szkodliwe.

Jesset nie wykonywał wcale skaryfikacyj ani przy swoich doświadczeniach, ani przy 5 gastroenterostomiach, ani też przy wykonaniu gastroenterostomii wraz z resekcyją odźwiernika i nigdy nie żałował tego. Autor ten twierdzi, że przez zastósowanie skaryfikacyj chory jest narażony na niebezpieczeństwo infekcyi właśnie z powodu uszkodzenia powierzchni surowiczych, podczas gdy nieuszkodzone powierzchnie surowicze są wolne od infekcyi (!?). Celem udowodnienia zbyteczności skaryfikacyj przytacza autor ten jako dowód gastrostomię i kolostomię pachwinową, po których obfita wydzielina limfy na powierzchniach surowiczych występuje już w godzinę po wykonaniu operacyi.

Co do zakażenia drogą powierzchni surowiczych skaryfikowanych, to takowe stanowczo da się wykluczyć, gdyż ani w moich licznych (25) doświadczeniach, ani w doświadczeniach Senna i innych autorów, ani też w żadnym przypadku tą metodą dotychczas wykonanych gastroenterostomij (42) na człowieku takowe nie miało miejsca.

Natomiast luźne doświadczenia Davisa [3]) stanowczo przemawiają za energiczną skaryfikacyją błon surowiczych naokoło miejsca anastomozy, a przedewszystkiem za skaryfikacyją za pomocą skalpela.

---

[1]) F. Bowreman Jesset: *The surgical diseases and injuries of the stomach and intestines. London* 1892 str. 241. — [2]) John D. S. Davis. (Birmingham, Alabama). *An experimental study of intestinal anastomosis. The Times New. York and Philadelphia.* January 25, February 1, 1890 str. 74 i nn.

[3]) l. c.

D a v i s wykonywał na jednym i tym samym psie potrójne anastomozy jelit równocześnie (za pomocą swoich matów katgutowych), a przy każdéj anastomozie inaczéj postępował z błonami surowiczemi i przy pierwszéj anastomozie wcale nie skaryfikował powierzchni surowiczych, przy drugiej skaryfikował je igłą odrażoną, a przy trzeciéj pozbawiał je nabłonka skalpelem. We wszystkich doświadczeniach zauważył D a v i s, że zrosty były najsłabsze w enteroanastomozach, w których wcale nie skaryfikował powierzchni surowiczych, silniejsze zrosty napotykał przy anastomozach, w których powierzchnie surowicze skaryfikował igłą, a najsilniejsze po skaryfikacyjach skalpelem. Przy ostatnich anastomozach zlepy powierzchni surowiczych już po 12 godzinach były tak silne, że przy rozrywaniu tychże naddzierała się ściana jelita.

Jeżli uwzględnimy, że płytki z kości zbyt odwapnionéj mogą przy gastroenterostomii zbyt wcześnie uledz resorbcyi, że szwy mogłyby się przypadkowo rozluźnić, musimy stanowczo starać się o wczesne zlepy, co tylko po zastosowaniu skaryfikacyi skalpelem możemy osiągnąć.

Co do materyjału przezemnie użytego, to takowy wydaje mi się najstosowniejszym do zastąpienia płytek S e n n a z kości odwapnionéj i przewyższa inne materyjały zastępcze, jak pierścienie katgutowe A b b é g o, pierścienie ze struny basowej i drenu M a t a s a, pierścienie B r o k a w a z drenu i katgutu, waty i płytki katgutowe D a v i s a, płyty gumielastyczne R o b i n s o n a i płyty z surowéj skóry R o b i n s o n a. Pierścienie z brukwi mają kształt zupełnie podobny do płytek S e n n a, zbliżają zatem szeroko powierzchnie surowicze, są odpowiednio twarde, szwy zatem się nie wyrywają i nie przerzynają ścian tychże, nie zmieniają się pojemności w przewodzie pokarmowym, nie mogą przeto wywołac zgorzeli uciskowéj, a ulegając strawieniu stosunkowo późno (w moim przypadku kawałki płytek odeszły 6 i 7-go dnia), stosunkowo długo przybliżają do siebie odpowiednie powierzchnie surowicze. Główną korzyścią pły-

tek przemnie poleconych jest szybkość, z jaką się dają sporządzić.

Objaśnienie rysunku I-go:

t t wewnętrzna para szwów płytkowych utwierdzających (fixation sutures) przygotowanych do związania.
t, t, zewnętrzna para szwów płytkowych utwierdzających.
e e — *e, e,* obie pary szwów płytkowych końcowych (end sutures).
L szew kuśnierski zbliżający błony surowicze żołądka i jelita czczego na wewnętrznych brzegach płytek.
p płytka w żołądku ustalona.
p, płytka w jelicie czczem ustalona.
N pępek.

Objaśnienie rysunku II-go:

Płytka z brukwi lub kości odwapnionéj Senna uzbrojona niemi.
e e, szwy końcowe.
t t, szwy boczne czyli ustalające.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego" 1892. Nr. 24.

Kraków, 1892. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.